

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 24 Octobre 1899, à 1 heure

PAR

Louis MARTINOT

Né à Paris le 16 février 1872

Considérations Cliniques et Thérapeutiques
SUR LE TRAITEMENT DES
ULCÈRES VARIQUEUX

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LANNELONGUE, professeur.

QUÉNU et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 24 Octobre 1899, à 1 heure

PAR

Louis MARTINOT

Né à Paris le 16 février 1872

Considérations Cliniques et Thérapeutiques

SUR LE TRAITEMENT DES

ULCÈRES VARIQUEUX

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LANNELONGUE, professeur.

QUÉNU et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

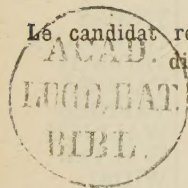
PARIS

JOUE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		JOFFROY
dies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux ..		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
		BUDIN
Clinique d'accouchement		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAGUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

C'est avec une grande appréhension que nous abordons ce sujet, si vaste, sur lequel nombre d'auteurs ont écrit des études intéressantes. Les traitements proposés et expérimentés par nos maîtres sont très nombreux : vouloir les exposer tous serait pour nous un bien large programme que nous risquerions fort de ne pouvoir remplir.

Notre but, plus modeste, permet de restreindre le cadre, et cette limitation nous encourage dans notre choix. Qu'un praticien, s'intéressant à cette question toujours actuelle de l'ulcère variqueux, trouve dans notre travail une indication même minime, que nos efforts soient jugés dignes de l'approbation de nos maîtres, nous serons satisfait selon tous nos souhaits.

Nous désirons, dans cette étude :

I. Exposer quelques-unes des méthodes les plus récentes préconisées en France et à l'étranger pour le traitement des ulcères variqueux.

II. Ajouter quelques considérations thérapeutiques sur le traitement préventif.

III. Essayer de mettre en relief les précautions indispensables au traitement, quel qu'il soit.

IV. Enfin décrire, à titre documentaire, les ré-

sultats que nous avons constatés dans les hôpitaux.

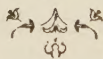
Tel est notre but.

Les quelques observations personnelles que nous présentons nous ont été, pour la plupart, facilitées par la bienveillance de nos excellents maîtres : M. le Professeur Berger, MM. Michaut et Thibierge ; nous les prions d'agréer ici l'expression de notre reconnaissance.

A ces noms, nous devons associer ceux de MM. les docteurs Roussel, Klippel, Thierry et Rivière, qui, dans leurs cliniques si intéressantes, si vivantes, nous ont rendu pleine d'attraits et singulièrement plus facile l'étude de la pathologie.

Nous prions M. le Professeur Berger, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, d'agréer l'hommage de notre gratitude.

Enfin, nous adressons à MM. Monthus, interne des hôpitaux, et F. Butin, interne des Ambulances urbaines de la ville de Paris, qui nous ont, à l'occasion de cette étude, aidé de leurs conseils et prêté le concours de leur érudition professionnelle et bibliographique, l'expression de nos très vifs remerciements.



Chapitre Premier

De l'Ulcère variqueux en général

*Historique. — Etiologie et Pathogénie. — Anatomie
Pathologique*

Avant de passer en revue quelques-uns des traitements en usage dans les hôpitaux, il peut être utile d'indiquer très rapidement les principales doctrines publiées à ce sujet par nos maîtres, anciens et modernes. Ici encore, vu l'amplitude de la question, nous serons forcément incomplet, mais nous nous proposons simplement de tracer quelques grandes lignes de la question.

I. — HISTORIQUE

Les ulcères variqueux sont connus depuis la plus haute antiquité.

« Mais, dit M. Reclus, leur histoire scientifique ne commence qu'à la fin du XVIII^e Siècle, avec les travaux des chirurgiens anglais. Hunter, Benjamin Bell, Underwood, Baynton en donnent une description déjà fort précise, ils en établissent les différentes espèces, et la grande division proposée par Bell est

encore acceptée de nos jours ; enfin, ils imaginent des méthodes de traitement qui ont eu un long succès. A notre époque, la pathogénie des ulcères variqueux a été mieux étudiée, et les recherches de Terrier, de Quénu, d'Auguste Broca ont jeté quelques clartés sur ce sujet obscur ».

L'historique de la question a, d'ailleurs, été magistralement traité par M. Gilson dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*.

II. — ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nombreuses sont les hypothèses et les théories par lesquelles on a cherché à nous expliquer le mécanisme des ulcères variqueux. Aujourd'hui il est établi d'une façon indiscutable qu'il y a toujours, précédant l'ulcère, une lésion vasculaire primitive : les nerfs, c'est le cas le plus fréquent, les os, les muscles, la peau ont été frappés d'abord dans leurs vaisseaux, veines et artères.

1^o *Lésions veineuses*. — Ces lésions sont les varices. Quel est le rôle des varices dans la genèse de l'ulcère ? Ce rôle paraît être beaucoup moindre que ne le pensait M. Schwartz. Nous voyons journellement des individus porteurs de varices énormes être indemnes de tout ulcère, et, d'autre part, des ulcères avérés présenter peu ou point de varices apparentes. « L'influence de la dilatation veineuse, dit M. Reclus, semble perdre un peu de terrain. On a

remarqué en effet, depuis nombre d'années, que les grosses varices ampullaires qui recouvrent parfois les membres de leurs énormes nodosités, s'accompagnent fort rarement d'ulcères, bien plus fréquents dans les cas de varices profondes, ainsi que Verneuil l'a montré jadis, et surtout dans les cas de phlébectasie des veinules cutanées, superficielles et ténues. Le professeur Le Fort insiste tout particulièrement sur les dangers que cette dernière variété fait courir à la nutrition réglementaire de la peau. N'est-il pas de toute évidence que les altérations des petits vaisseaux retiennent plus directement sur la vitalité des éléments anatomiques dont le milieu organique est souvent modifié par un œdème persistant ? Les veines n'agissent que par le trouble qu'elles apportent dans l'exercice régulier des échanges nutritifs ».

On doit donc faire rentrer les ulcères variqueux dans le groupe des ulcères simples, car ils indiquent, comme ceux-ci, l'état défectueux de la circulation cutanée.

2° *Artères*. — Les recherches de Rienzi, de Schreider, de Gilson, de Quénu, ainsi que les travaux de M. Reclus prouvent que la dégénérescence athéromateuse est presque de règle dans les ulcères.

3° *Nerfs*. — Les premiers en date, MM. Gombault et Reclus ont observé des lésions nerveuses accompagnant les ulcères variqueux. M. Quénu a montré combien elles sont fréquentes. Ces lésions consistent en une sclérose intra et extra-fasciculaire du nerf

dont les veines propres, variqueuses, sont atteintes de phlébite chronique.

Verneuil pensait que dans certains nerfs, comme les saphènes, qui cheminent très près de veines variqueuses, la périphlébite pouvait se transmettre par voisinage. Le célèbre Bichat, dans son *Anatomie Générale*, parle des varices atteignant les *vaso-nervorum* du nerf sciatique.

4° *Système osseux*. — Cruveilhier et Sappey ont décrit l'hypertrophie du tibia chez des sujets porteurs d'ulcères variqueux. M. Reclus, depuis 1879, a observé un certain nombre de ces lésions osseuses.

5° *Muscles*. — Les muscles également sont atteints. « Les lésions dégénératives portent le plus souvent sur le tissu conjonctif interfasciculaire, ce tissu subit la dégénérescence graisseuse. Quant aux aponévroses d'enveloppe, elles perdent leur élasticité, s'épaississent, brident les tissus, et subissent dans des cas très rares, il est vrai, l'ossification » *Reclus*.

6° *Peau*. — On trouve en outre, chez les sujets atteints d'ulcères variqueux nombre de lésions trophiques de la peau : éruptions cutanées, eczémas, etc.

L'ensemble de ces lésions permet donc de rattacher l'ulcère variqueux à des troubles trophiques sous la dépendance de la circulation et de l'innervation, et en rapport avec un vice général de l'économie (arthritisme, herpétisme).

Il résulte de ces considérations étiologiques et

pathogéniques quelques remarques importantes au point de vue pratique.

Elles nous expliquent notamment la répartition très variable des ulcères de jambe suivant les différentes professions, qui les tiennent, en grande partie, sous leur étroite dépendance. Si nous recherchons, dans les hôpitaux ; quels sont les individus que cette affection atteint tout particulièrement, il est facile de voir que ce sont des personnes qui marchaient peu, qui étaient astreintes par leur métier à de longues stations debout (valets de pied, marchandes des quatre saisons, employés de grands magasins etc). Il est au contraire bien exceptionnel d'y rencontrer, par exemple, un facteur. La marche, en effet, assouplit le muscle, lui imprime une sorte de massage et en facilite la circulation des vaisseaux.

Nous croyons qu'elles expliquent aussi les bons effets, signalés par M. Lucas-Championnière, que l'on obtient parfois de l'usage régulier et modéré de la bicyclette. Nous désirons citer ici un fait qui nous a paru intéressant.

OBSERVATION I (Personnelle)

Il s'agit d'un homme de 52 ans, arthritique, qui vint consulter à la Pitié au mois de décembre 1898. Il était distributeur de prospectus sur la voie publique.

Depuis quatre ans il ne s'était pour ainsi dire pas écoulé un jour qu'il ne restât cinq ou six heures dans

la station debout. Ses jambes étaient devenues de plus en plus lourdes, elles ne pouvaient le soutenir une demi-heure sans qu'il fût pris d'une fatigue extrême, douloureuse, qui l'obligeait à s'asseoir ou à s'étendre. En outre, il avait au membre inférieur une plaie datant de six mois « qui n'arrivait pas à se fermer, et qui semblait au contraire s'élargir tous les jours. »

Alors il nous a découvert, sur la face interne de la jambe droite un vaste ulcère de forme très irrégulière, absolument indolore, entouré d'une zone large violacée, œdémateuse sur laquelle se dessinait un fin réseau d'arborisations rougeâtres, sinueuses, extrêmement ténues. D'ailleurs aucune varice apparente sur les membres inférieurs.

Nous avons revu ce malade dans les premiers jours de janvier ; en quelques semaines son état s'était fort amélioré : l'ulcère, autrefois large comme la main, présentait à peine une surface de quelques centimètres, les membres inférieurs étaient devenus moins lourds, la fatigue plus légère et plus tardive.

Depuis sa visite à l'hôpital de la Pitié, ce malade ne s'était astreint à aucun traitement, mais il avait immédiatement renoncé à ses occupations habituelles et était entré comme livreur dans un établissement de débit. Alors, monté sur un tricycle et attelé à un caisson chargé de provisions alimentaires, il parcourait la ville et passait à cet exercice en moyenne deux heures par jour. Entre temps il se reposait.

Dès ce moment les symptômes douloureux se sont amendés rapidement et l'ulcère s'est réduit, en un mois, aux proportions que nous avons dites.

Il est certain que chez ce malade le repos très relatif qui a suivi son changement de situation a con-

tribué pour la plus large part à l'amélioration rapide constatée dans son état : mais peut-être est-il permis de penser que l'exercice régulier et modéré auquel cet homme a été soumis n'y a pas été tout-à-fait étranger.

En résumé, il existe chez certains individus un état général (arthritisme, herpétisme) qui est la *cause prédisposante* des varices. Si ces individus sont placés par leur profession dans certaines conditions défavorables, il suffira de la plus petite *cause efficiente*, égratignure, frottement du vêtement, refroidissement, écart de régime pour que l'ulcère soit constitué.

Quand un malade présentera de la fatigue, de la pesanteur des jambes, des troubles trophiques de la peau, le médecin devra le considérer comme un candidat aux ulcères variqueux et lui faire subir un traitement local et général.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lésions précédant l'ulcère. — Les lésions primitives de la peau ne sont pas encore très bien connues. D'après Bilroth, la peau qui est près de s'ulcérer est rouge, enflammée, sensible à la pression.

Lésions macroscopiques. — « Il se produit bientôt une perte de substance qui s'agrandit et prend un aspect promptement caractéristique » l'aspect qui se présente si souvent dans les services hospitaliers et dont M. Beurnier a donné une si claire description.

« Le fond est d'ordinaire gris terne, pâle, tapissé de bourgeons charnus qui peuvent prendre les for-

mes les plus variées. Ils sont tantôt grêles, tantôt volumineux, plus ou moins résistants. Quelquefois ils sont ecchymotiques par places. Sous l'influence du repos et d'un traitement approprié ces surfaces se détergent au bout d'un temps plus ou moins long et les fongosités se détruisent. Sous l'influence d'un simple embarras gastrique, on voit souvent le fond tomenteux devenir plus sec et plus livide, de même que la marche ou la station debout déterminent des hémorrhagies qui permettent, au simple examen du pansement d'affirmer que le malade s'est levé.

Les bords de l'ulcère variqueux sont en général réguliers, peu découpés ; très rarement il sont minces ou décollés. Les différentes diathèses leur impriment souvent des caractères particuliers. »

Au-delà des bords les tissus sont altérés et la peau qui limite l'ulcère est épaissie : « sa trame conjonctive sclérosée a étouffé les glandes sudoripares et l'appareil pilo-sébacé » (Reclus). La couleur des téguments est variable, elle est souvent modifiée par la présence d'eczémas.

Lésions microscopiques. — M. Georges Vaissier les a bien décrites dans sa thèse : « Au début, dit-il, la peau est infiltrée d'un liquide séreux ; les cellules épidermiques de la couche de Malpighi prolifèrent, et la couche superficielle de l'épiderme, ne se kératinise plus comme à l'état normal.

Lorsque l'ulcère est définitivement constitué, la surface d'aspect papillaire formée par les bourgeons charnus est dépourvue de tissu épithélial et ne pré-

sente que des cellules rondes embryonnaires au-dessus d'un tissu très dense (Henri Gilson). Les glandes sébacées et sudoripares ont complètement disparu.

La peau du voisinage est également modifiée, les papilles hypertrophiées. Les artères sont athéromateuses (Rienzi, Quenu, Gilson). Les muscles sont atteints de myosite interstitielle. Les lésions nerveuses sont presque constantes, elles résultent de l'étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois intra et extra-fasciculaire (Quenu). Le tissu osseux n'est pas exempt de lésions, et, sous le périoste épaissi, il présente parfois des hyperostoses, de l'ostéite raréfiante et condensante. ».

Nous avons vu à propos de la pathogénie, l'importance de ces lésions qui frappent les vaisseaux des nerfs, des muscles, des os, de la peau. Ces lésions non seulement accompagnent l'ulcère, mais elles le devancent et lui donnent par leur ensemble son caractère diathésique.



Chapitre II

Doit-on soigner les ulcères variqueux ?

Le fait seul de poser cette question nous ramène violemment, par la pensée, à une ancienne époque de l'histoire médicale où les ulcères étaient considérés comme des *exutoires*, c'est-à-dire comme des issues offertes aux produits nuisibles accumulés dans l'organisme, ou comme des foyers superficiels de dérivation opposés aux inflammations intérieures, en un mot comme des maux nécessaires.

Certains de nos maîtres, et non des moins éminents, ont essayé de faire revivre de nos jours la doctrine de *métastases*. « Non, dit M. Besnier, enseigner aux jeunes médecins qu'ils doivent systématiquement, chez tous les malades, supprimer au plus vite les ulcères existants sans se préoccuper de l'état organoleptique de ces malades, voilà qui ne saurait être accepté. Nombre de praticiens, dépourvus de toute servilité doctrinale, continuent d'affirmer que la suppression de ces ulcères, de ces eczémas chez les gouteux, les bronchitiques etc., peuvent être suivis, à bref délai, d'accidents rénaux, pulmonaires, cérébraux, et que leur reproduction a mis fin parfois à ces accidents. Cela suffit pour rendre le praticien circonspect. »

S'appuyant sur une observation de Dominique Raymond, M. le Docteur Roger Aubouin, dans sa thèse de 1897 sur les ulcères variqueux s'étend longuement sur cette question.

Quoi qu'il en soit, nous pensons, avec presque tous les auteurs modernes, que les ulcères des jambes, traités selon les règles d'une asepsie et d'une antisepsie rigoureuses ne présentent aucun danger et que l'on *doit toujours les soigner.*



Chapitre III

Les anciens traitements. — Classification des traitements modernes

ANCIENS TRAITEMENTS

Autrefois on ne soignait les ulcères qu'avec une extrême circonspection. C'étaient des émonctoires ; les supprimer, « c'était retenir dans l'organisme les germes d'une foule de maux » (Compendium de chirurgie).

Cependant les anciens, bien qu'ils ne connussent pas les lois de la circulation sanguine, avaient bien remarqué l'influence qu'exerce la position du membre sur la guérison de l'ulcère. Actius prescrivait de maintenir la jambe dans une position convenable. Le professeur Nélaton montra, dans sa thèse de 1851, l'importance de cette position.

La compression fut l'une des plus connues parmi les méthodes anciennes ; les Arabes la connaissaient. De nos jours encore, pratiquée avec des bandelettes de diachylon ou de Vigo, elle est en usage dans tous les hôpitaux militaires et nombre de praticiens la considèrent comme le traitement de choix.

Les topiques, poudres, emplâtres, pommades sont également de date ancienne.

Ces médicaments nous amènent aux traitements modernes.

TRAITEMENTS MODERNES

Traitement général. — Il était tout naturel, étant donné la pathogénie des ulcères variqueux tels qu'ils sont envisagés aujourd'hui, qu'on leur appliquât tout d'abord les médications internes. L'*Hamamelis virginica*, l'opium, la teinture d'iode, les iodures, les préparations térébenthinées furent administrés, le régime spécial fut prescrit, et on n'obtint aucun résultat. M. Reclus nous en donne la raison : « S'il est vrai, dit-il, que l'ulcère simple est le plus souvent un produit de la diathèse arthritique, il paraîtrait raisonnable de s'adresser d'abord à l'état général. Mais, lorsqu'on songe d'autre part que, pour amener la perte de substance, celui-ci a dû provoquer de graves lésions, des varices, la sclérose des cordons nerveux, l'athérome des artères, on doute de l'efficacité des médicaments. De fait, l'opium conseillé par Fayrier, la térébenthine, l'iodure de potassium à la dose de 3 à 6 grammes, n'ont donné de résultats qu'à leurs promoteurs. A cette heure, on laisse de côté ce genre de thérapeutique et nous n'avons plus recours qu'au traitement local ».

Mais si le traitement général échoue, institué trop tard, alors que les tissus sont profondément troublés dans leur vitalité et que les lésions sont complètes, il réussira au contraire, appliqué à temps, avant l'apparition de l'ulcère ; alors il évitera de nouvelles lésions et enraiera celles qui ne sont qu'ébauchées.

Quand un malade se plaindra de pesanteur des jambes, quand il présentera des lésions trophiques de la peau, il faudra aussitôt lui conseiller d'éviter le plus possible la station debout au repos, lui prescrire une gymnastique appropriée et le soumettre à un régime spécial.

Le traitement général ne peut réussir qu'à la condition d'être préventif.

CLASSIFICATION DES TRAITEMENTS MODERNES

Presque tous les auteurs sont d'accord pour établir les trois groupes suivants :

- I. — Traitements physiques et mécaniques ;
- II. — Traitements médicamenteux ;
- III. — Traitements chirurgicaux.

Nous consacrerons un chapitre spécial à chacun de ces groupes.

Mais, nous ne saurions trop le dire, nous n'avons pas la prétention d'exposer ni même de dénombrer tous les traitements préconisés, nous avons simplement pour but de décrire les traitements que nous avons vu expérimenter dans les hôpitaux. Nous y joindrons ceux qui ont été nouvellement étudiés.



Chapitre IV

Traitements physiques et mécaniques

Ce sont :

- 1° La compression ;
- 2° La métallothérapie ;
- 3° Les irrigations chaudes ;
- 4° Le massage ;
- 5° La chaleur lumineuse ;
- 6° La ventilation.

1° *La compression*, déjà connue des Arabes, est le plus ancien de ces traitements. Scultet, Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, Theden, Desanet, Benjamin Bell l'ont recommandé, Underwood en analysa tous les détails dans son livre sur les *Ulcères de jambe* publié en 1887, mais c'est Baynton qui dix ans plus tard en fut le vulgarisateur.

Voici le procédé de Baynton : « Il taillait dans une pièce de sparadrap de diachylon des bandelettes larges de 2 à 3 centimètres et suffisamment longues pour faire une fois et demie le tour du membre. Après avoir rasé les parties voisines de l'ulcère, il appliquait les bandelettes en plaçant leur partie moyenne sur le côté sain du membre. Il en ramenait les deux extrémités vers l'ulcère sur lequel elles se

croisaient et qu'elles dépassaient des deux côtés. Il commençait par poser la première bandelette un peu au dessous de la solution de continuité, puis il imbriquait les autres en les faisant se recouvrir dans le tiers de leur largeur. Il recouvrait le tout de compresse pliées en plusieurs doubles et terminait par un bandage roulé embrassant le membre jusqu'au genou. » *Rochard*.

Cette méthode a été bien des fois modifiée depuis Baynton. Elle est très employée aujourd'hui dans les hôpitaux militaires. On a substitué quelquefois au diachylon du sparadrap de Vigo ou des bandes d'ichthyocolle.

M. Conté sépare les bandelettes de la plaie par une lame de caoutchouc.

Underwood, Syme, Cooper faisaient la compression avec une lame de plomb, nous reviendrons sur ce traitement à propos de la métallothérapie.

H. Martin, de Philadelphie, conseille de se servir d'une bande caoutchoutée analogue à la bande d'Esmarck.

2° *La métallothérapie*. -- Le véritable promoteur de cette méthode fut Underwood. Il utilisait une mince lame de plomb. Le D^r Aubouin a retrouvé un travail publié à ce sujet en août 1880 à Berlin.

Le D^r Ascornet, en 1896, préconisa dans sa thèse l'emploi des plaques de zinc ; son procédé est le suivant :

« Après désinfection de l'ulcère au moyen d'un

antiseptique faible, on la recouvre d'une feuille de zinc de $1/10$ de millimètre d'épaisseur dépassant la périphérie de 1 cm. Puis, avec une bande de caoutchouc rouge, longue de 5 mètres et large de 5 cm. on entoure le pied sauf le talon et les orteils et on continue en remontant jusqu'au dessous du genou, en serrant très peu. Ce pansement doit être fait avant que le malade ait quitté le lit. Le soir on retire le tout, on désinfecte la plaque et la plaie, on réapplique aussitôt la plaque en la maintenant par une bande quelconque pendant la nuit.

« Si l'ulcère est creux, on remplace la plaque de zinc par du papier d'étain moulé sur la région, maintenu par de la ouate, et par dessus on roule la bande de caoutchouc. Dès qu'il se comble, on emploie la plaque de zinc. » (Bulletin médical 1896).

Nous avons vu employer avec succès ce procédé dans le service de notre maître M. Thibierge, à la consultation externe de la Pitié. Nous citons ici une observation faite avec la bienveillante collaboration de M. Monthus, interne du service.

OBSERVATION II

En collaboration avec M. Monthus, interne des hôpitaux

Madame M.... M..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Thibierge le 2 février 1899, salle Cruveilhier, lit n° 20.

Cette malade porte, au dessus de la malléole

interne gauche un ulcère variqueux établi depuis un mois déjà.

L'ulcère est grand comme une pièce de cinq francs et à l'aspect classique. Notons cependant cette particularité que l'ulcère est très profond.

On institue le traitement par les plaques minces de zinc. Tous les deux jours après lavage et désinfection soigneuse de la plaie au sublimé. On place une nouvelle feuille de zinc et, par dessus, un pansement ouaté.

L'ulcère diminue rapidement. Dès les premières applications, la douleur qui, sans être très vive existait cependant au début, disparaît complètement.

Le 15 avril, la malade sort complètement guérie.

3° *Les irrigations chaudes.* — Ayant eu connaissance des travaux que Liston et Macartney firent en Angleterre sur le traitement des ulcères variqueux, Marjolin l'importa en France en 1849 et en communiqua les bons résultats à la Société de Chirurgie. Depuis, cette méthode fut employée avec succès par un certain nombre de praticiens. Suivant la technique de ce traitement, on met le membre dans la situation horizontale et l'on fait de temps en temps quelques cautérisations au nitrate d'argent.

MM. Bilroth et Reclus ont également obtenu de très bons résultats en employant les lotions à l'eau très chaude. Voici comment M. Reclus opère : deux ou trois fois par jour le membre est placé dans un bain dont on élève peu à peu la température de 50 à 55°. La durée de l'immersion doit être d'environ 15 minutes.

OBSERVATION III

Communiquée par M. le Docteur Lardennois
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien adjoint des Hôpitaux de Reims

Ed. P..., valet de chambre, se présente le 17 mars 1897 à la consultation externe de la Pitié, avec un ulcère variqueux de la jambe droite. Il est admis à l'hôpital, salle Michon, lit n° 11.

L'ulcère a les dimensions d'une pièce de 5 francs environ, situé à la partie externe de la jambe, au-dessus de la malléole.

Le malade qui, depuis déjà 6 ans, était porteur de varices peu volumineuses a eu son ulcère traité par un certain nombre de médicaments qu'il ignore du reste. La plaie suinte beaucoup et commence à s'entourer d'une zone eczémateuse. Les douleurs sont vives ; l'ulcère lui-même a l'aspect habituel et classique, contours irréguliers, fond rouge, bourgeonnant.

Le traitement à l'eau chaude est aussitôt établi, avec repos au lit et élévation légère de la jambe.

Le 12 mars 2 bains de 5 minutes à 40°.

Le 13 mars 2 bains de 10 minutes à 50°.

Le 14 mars 2 bains de 10 minutes à 50°.

Le 15 mars 3 bains de 15 minutes à 50°.

Ces bains sont bien supportés ; le malade sent avec satisfaction ses douleurs s'atténuer et disparaître. Le traitement est continué à raison de 3 bains par jour, d'une durée de 15 minutes. Après 9 jours, l'ulcère marche vers une cicatrisation rapide.

Le 22 avril, le malade quitte l'hôpital, son ulcère est complètement cicatrisé.

4° *Le massage.* — En activant la circulation sanguine, le massage contribue à la cicatrisation de l'ulcère, il est l'auxiliaire indiqué des divers traitements. C'est en Angleterre qu'il fut préconisé pour la première fois, en 1891. En 1893, Erdinger l'utilisa en France, et de nos jours il est appliqué et conseillé par un certain nombre de praticiens.

Le procédé ne diffère en rien du procédé ordinaire de massage, mais c'est surtout *comme traitement local préventif* que son action décongestionnante sera utilisée avec profit.

5° *La chaleur lumineuse.* — Ce fut le Docteur Colleville professeur de pathologie interne qui eut le premier l'idée de soumettre les ulcères de jambe à l'action combinée de la chaleur, de la lumière et de la ventilation. Il se sert d'un bec Bunsen relié par un tube de caoutchouc à un bec de gaz, et d'un carré de toile métallique grillagée qu'on fait « lécher » sur une petite surface par la flamme bleue du bec Bunsen jusqu'à ce que cette surface commence à rougir. Le patient expose la plaie de l'autre côté du grillage à une distance de 0 m.^m 25 de ce dernier. La peau, au pourtour de la perte de substance est protégée par des compresses contre l'action du calorique. Avec ce dispositif la température atteint 45°, chaleur très supportable pour l'ulcère, qui bénéficie de la ventilation occasionnée par le déplacement incessant de l'air interposé entre la toile métallique et la jambe.

Les séances durent de 50 minutes à une heure,

A la fin de chaque séance on trouve toute la plaie recouverte d'une couche de sérosité solidifiée à sa surface et offrant l'aspect d'un glacis transparent à travers lequel on aperçoit les bourgeons charnus.

Dès la 1^{re} séance, la douleur, la stase veineuse diminue et les malades dorment mieux. Bientôt après on constate un développement abondant de bourgeons charnus et en même temps on voit se produire à la périphérie de l'ulcère un liseré épidermique blanchâtre. Quand la plaie est entrée dans la période de l'épidermisation franche, on doit employer un chauffage moins intense, mais plus prolongé.

En procédant ainsi, M. Colleville obtient la cicatrisation complète après un nombre de séances variant de 5 à 25, suivant l'étendue et le degré d'ancienneté de la lésion (Semaine médicale 1897).

M. Laurent soutint en 1897, devant la Faculté de Paris, une thèse sur les bons effets obtenus par cette méthode.

Nous pensons que de nouvelles expérimentations seraient nécessaires pour pouvoir se prononcer sur la valeur de ce traitement qui aurait l'avantage d'être simple et peu coûteux.

6° *La ventilation*. — M. Buisson, de Montpellier, proposa de traiter les ulcères variqueux, par la ventilation de la plaie, de façon à dessécher sa surface et à y provoquer la formation d'une croûte à l'abri de laquelle s'opérera la cicatrisation. C'est ce que M. Bouisson a appelé la cicatrisation *sous-croûte*; c'est

une méthode qui compte peu de partisans parmi les chirurgiens modernes, qui n'a eu qu'une existence éphémère, nous la citons pour mémoire.

En résumé parmi les traitements physiques et mécaniques, ceux qui nous paraissent donner les meilleurs résultats sont : la compression, les irrigations chaudes, la plaque de zinc.



Chapitre V

Traitements médicamenteux

Ils sont innombrables, extrêmement variés, peu efficaces, lents dans leur action thérapeutique. Nous citerons les principaux et décrirons quelques-uns des derniers proposés.

Nous les diviserons en quatre groupes :

- 1° Les poudres ;
- 2° Les pommades ;
- 3° Les antiseptiques ;
- 4° Les pansements divers, parmi lesquels nous citerons ceux qui ont un caractère original ou spécial.

1° *Poudres*. — Les poudres furent l'un des moyens les plus anciens employés dans le traitement des ulcères variqueux. On a utilisé le charbon et le sous-nitrate de bismuth comme *absorbants* ; le charbon, le quinquina, l'alun, le tannin comme *excitants*, l'amidon comme *calmant*. Enfin, dans ces dernières années, M. V. Dehaine, (thèse de Paris 1897), a proposé l'aloès dont l'emploi à la surface des plaies remonte à la plus haute antiquité.

2° *Pommades*. — Toutes sont aujourd'hui tom-

bées dans l'oubli, on emploie cependant quelquefois la pommade de Hardy dont voici la formule :

Minium	} aa 2 gr.
Cinabre	
Cérat.....	30 gr.

Cette pommade est un peu irritante.

M. Lucas-Championnière a conseillé l'emploi de l'onguent napolitain ; voici sa formule :

Pommade	{	Onguent napolitain.....	20 gr.
		Savon médicinal.....	{ aa 10 gr.
		Pommade camphrée...	

en application tous les cinq ou six jours. Malheureusement cette pommade peut provoquer la stomatite et la salivation mercurielles, toujours redoutables.

Dans cette catégorie, nous placerons le pansement de Unna, de Hambourg, mis récemment en valeur dans la thèse de M. Aubouin ; nous lui donnerons ici une description, parce qu'il n'a pas l'inconvénient d'être douloureux. La pratique en est d'ailleurs assez simple :

« 1° On pratique d'abord un savonnage soigneux de la jambe avec un savon de potasse dans un bain de pied chaud, de façon à bien nettoyer et dégraisser les téguments ;

2° Ceci fait, on essuie la jambe avec un linge assez rude et on la désinfecte au sublimé à 1 pour 1,000 ;

3° Quand la jambe est bien nettoyée, on applique sur l'ulcère de la poudre d'iodoforme, de xéroforme d'aristol ou de dermatol que l'on recouvre d'une mince couche d'ouate.

La région périphérique, qui est presque toujours envahie par l'eczéma variqueux, est recouverte de la pâte de Lassar :

Amidon pulvérisé	} àà 20 grammes	
Oxyde blanc de zinc.....		
Vaseline	40	—

4° On badigeonne ensuite toute la jambe (aussi bien la surface de l'ulcère que la région recouverte par la pâte de Lassar) avec la colle-pâte de Unna, fondue au bain-marie et dont voici la formule :

Eau	} àà 80 grammes	
Glycérine		
Gélatine	} àà 20	
Oxyde de zinc		—

La jambe étant enduite de colle de Unna, on applique par-dessus une bande de tarlatane amidonnée trempée dans l'eau chaude. On recouvre la jambe des orteils au talon. Il faut serrer un peu, de manière à faire une compression modérée. Au reste, en séchant, cette bande se resserre d'elle-même.

Par-dessus, on mettra une bande de tarlatane sèche ou mieux une bande de toile pour empêcher que le premier pansement ne se salisse.

Le malade est alors renvoyé à ses occupations. Au bout de deux, quatre, six jours, la sécrétion a traversé le pansement. On le change et un bain de pied chaud suffit à ramollir la colle.

Bientôt la sécrétion diminue et l'on ne remplace plus les bandes que tous les quinze jours ; c'est seulement l'apparition du pus à l'extérieur qui constitue l'indication d'un pansement nouveau.

Ce pansement, de même que le pansement à l'aloès, peut s'employer pour tous les ulcères de la jambe ; mais il réussit surtout pour les ulcères de petites et de moyennes dimensions ».

(*Presse Médicale*, mai 1897).

MM. Forgue et Reclus, en le modifiant légèrement, l'ont utilisé avec succès.

M. Reclus s'est également bien trouvé de l'emploi de pommades à l'antipyrine, au salol, à l'iodoforme, qu'il recouvre d'un bandage silicaté que l'on change toutes les trois semaines.

On doit cependant s'abstenir des pansements de Unna et de Reclus pour les vastes ulcères, ils ne sauraient leur convenir.

3° *Antiseptiques*. — Dès les premières années de l'antisepsie, on appliqua aux ulcères variqueux le traitement des plaies en général, et on n'obtint que des résultats tout à fait insuffisants. Cela s'explique par ce que nous avons dit précédemment : la peau, profondément troublée dans sa nutrition, ne se régénérera qu'avec les plus grandes difficultés.

On s'est servi, et on se sert encore d'un nombre infiniment varié d'antiseptiques, liquides et solides : l'alcool, l'eau phéniquée, le coaltar, le permanganate de potasse, l'eau oxygénée, la solution de tartrate ferrico-potassique, l'eau boriquée, le sublimé, le perchlorure de fer étendu (Sylvester), le sulfate de cuivre en solution (Quenu), les solutés de chlorate de potasse, de résorcine, etc., etc.

La liqueur de Labarraque a été préconisée par MM. Ricard (Thèse de Paris 1896) et Vaissier (Thèse de Paris 1897).

Presque tous les antiseptiques solides ont été aussi utilisés : l'iodoforme, l'aristol (Tripiet, thèse de Paris, 1890), l'iodol, le dermatol, etc., etc.

Nous avons vu, dans les hôpitaux, employer un grand nombre de ces traitements, et nous croyons que *tous peuvent réussir s'ils sont accompagnés d'une position convenable de la jambe et d'un repos absolu.*

4° *Traitements médicamenteux divers.* — Nous citerons parmi ces traitements : les *cautérisations* que l'on emploie souvent concurremment avec des pansements variés ; le *traitement de Després*, repos, pansement humide et compression ; le traitement de Kaposi, compresses froides et gypse bitumeux ; et enfin deux méthodes nouvellement proposées :

1° *Traitement de Cipriani* dont la technique est la suivante :

« 1° Lavage soigné de l'ulcère à l'eau chaude ; 2° dessèchement avec du coton iodoformé ; 3° application sur toute la surface de l'ulcère, d'une mince couche d'iodoforme qu'on recouvre d'une compresse de gaze ; 4° entourer la jambe, depuis les malléoles jusqu'au genou, de bandelettes de toile trempées dans une solution d'aldéhyde formique à 1 ou 2 pour cent. Il faut 4 ou 5 couches de ces bandelettes ; 5° mettre par dessus des bandelettes de toile trempées dans une solution d'aldéhyde formique à 2 ou 4 pour 100 ; 6° recouvrir le tout d'un pansement compressif.

Ce pansement doit être renouvelé d'abord toutes les douze heures, puis toutes les vingt-quatre heures.

Dès le second jour la suppuration diminue considérablement ; les douleurs, la mauvaise odeur, l'état d'inflammation des bords de l'ulcère disparaissent complètement. S'il existe encore des îlots d'épithélium, la cicatrisation marche rapidement de la périphérie vers le centre et la plaie ne tarde pas à guérir.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'il y a absence

des îlots d'épithélium. la cicatrisation se fait attendre ; il faut plonger la jambe dans un bain chaud, curetter toute la surface de l'ulcère et appliquer le pansement décrit plus haut. La cicatrisation de l'ulcère s'effectue alors comme dans le cas précédent. »

(*Presse Médicale*, septembre 1899).

2° *Pansement de M. Lafond-Grellety*. — Dans les ulcères variqueux étendus, à bords indurés, s'accompagnant d'un œdème considérable, M. Lafond-Grellety, de Bordeaux, a obtenu des résultats satisfaisants par le traitement suivant :

Il commence par faire disparaître l'œdème au moyen du drainage capillaire sous-cutané, laissant en place le drain ou la canule pendant un délai de vingt-quatre heures au moins après l'arrêt de l'écoulement.

L'œdème une fois disparu, on excite les bourgeons qui recouvrent la plaie par des attouchements au crayon de nitrates d'argent, cela pendant deux jours. On place alors sur la surface ulcérée des compresses d'ouate hydrophile trempées dans une solution chaude (à 37°) de gélatine à 10 pour cent. Ces compresses sont recouvertes d'une feuille de taffetas gommé ou de gutta-percha, le membre est mis dans la position horizontale.

Le pansement doit être renouvelé trois ou quatre fois par jour, afin de remplacer chaque fois la gélatine solidifiée par la gélatine chaude et par conséquent liquide, qui agit mieux.

La cicatrisation de l'ulcère s'obtient dans ces cas dans un espace de temps variant de 15 à 36 jours.

(*Presse Médicale*, septembre 1899).

Chapitre VI

Traitements chirurgicaux

Ils sont généralement employés après l'échec des agents physiques et médicamenteux.

Ce sont :

- 1° Les scarifications ;
- 2° La circumvallation ;
- 3° Les greffes ;
- 4° L'autoplastie ;
- 5° Les ligatures et résections veineuses ;
- 6° L'amputation.

I. LES SCARIFICATIONS

« En détruisant la gangue fibreuse qui entoure et comprime les vaisseaux et les nerfs, les scarifications impriment une heureuse modification au tissu induré » (Vaissier).

Elles sont le plus souvent insuffisantes.

II. LA CIRCUMVALLATION OU TRAITEMENT DE DOLBEAU

C'est à dessein que nous insistons sur le nom de Dolbeau, qui fut le véritable créateur de cette méthode. Elle fut découverte par le professeur Nussbaum, de Munich, mais à Dolbeau revient l'honneur

de l'avoir étudiée, expérimentée et mise en pratique d'une façon véritablement scientifique.

Cette méthode est journellement employée dans les hôpitaux par MM. Berger, Gerard-Marchand, Michaud.

Grâce à la bienveillance de M. Michaud, nous avons pu recueillir dans son service de l'hôpital Broussais quelques observations.

Mode opératoire. — Après antisepsie préalable de la région au moyen de pansements humides appliqués pendant quelques jours, on procède à l'asepsie du champ opératoire et on fait, à l'aide du bistouri, une incision circonférentielle pénétrant jusqu'à l'aponévrose. Puis, on applique un pansement ordinaire à la gaze iodoformée.

OBSERVATION IV (personnelle)

Pierre R..., 65 ans, journalier, entre à l'hôpital Broussais le 9 janvier 1897. Il présente sur la face interne de la jambe gauche un ulcère variqueux datant de 13 ans, large comme la paume de la main, à bords indurés, bleuâtres ; le fond est violacé, suintant abondamment, et le malade ressent des douleurs très vives.

Pendant huit jours, des pansements humides sont appliqués, l'écoulement diminue d'une façon très notable, et les douleurs disparaissent presque complètement.

Le 17 janvier, M. Ardouin pratique la circumvallation.

Le lendemain, pansement qui sera renouvelé tous les cinq jours. Les douleurs ont entièrement disparu et l'ulcère marche vers la cicatrisation.

Le 22 mars, le malade part pour l'Asile de Vincennes, complètement guéri.

OBSERVATION V (personnelle)

M^{me} M. L..., 54 ans, ménagère, entre le 23 février 1897 à l'hôpital Broussais, salle Broca, pour un ulcère variqueux de la jambe droite. Cet ulcère mesure 12 centimètres de long et 6 de large, il a l'aspect habituel et classique ; cependant il présente à sa périphérie un peu d'eczéma qui cèdera facilement en quelques jours aux applications d'oxyde de zinc.

L'opération est pratiquée le 9 mars par M. Michaud. Circumvallation : incision périphérique, profonde de 1 centimètre, laissant une bordure de deux centimètres en marge de l'ulcère. Cette bordure est ensuite décollée, et la plaie bourrée de gaze.

La malade n'est pas guérie, mais elle va beaucoup mieux et sort le 18 mai 1897.

3° LES GREFFES

Elles sont épidermiques, dermo-épidermiques, autoplastiques.

Les deux opérations de greffe épidermique auxquelles nous avons assisté n'ont pas été suivies de succès. Il s'agissait il est vrai de très vastes ulcères. Nous devons ajouter que nombre de chirurgiens leur doivent, paraît-il, de bons résultats :

4° L'AUTOPLASTIE

Pendant notre séjour dans le service de M. le Professeur Berger, nous avons pu apprécier les bons effets que l'on obtient de l'autoplastie dans le traitement des ulcères variqueux. Voici le mode opératoire en usage dans ce service.

1° *Choix du lambeau.* — La place où sera pris le lambeau diffère suivant le siège de l'ulcère. S'il siège à la jambe, on pourra prendre le lambeau soit à la cuisse du même côté, soit à la cuisse du côté opposé, Il en résulte pour le malade une position pénible à laquelle il sera bon de l'avoir habitué par un exercice préalable. Cette position est généralement celle-ci : on ploie le genou de façon à mettre le mollet en contact ou à peu près avec la face postérieure de la cuisse qui sera elle-même en flexion et abduction. Dès lors le tracé du lambeau devient chose facile, il se fait d'après la forme, les dimensions et le siège de l'ulcère.

2° *Adaptation du lambeau à l'ulcère.* — Le lambeau est circonscrit au bistouri, et la peau disséquée laisse au-dessous d'elle une plaie que l'on suture aussitôt dans la limite du possible afin qu'elle se réunisse par première intention. Si la suture ne peut être faite entière, le reste de la plaie, par un pansement approprié, se réunira par seconde intention.

Le lambeau, tenant au membre par son pédicule est suturé sauf le pédicule, sur toute la périphérie de

l'ulcère. Le tout est protégé par un pansement suffisant et le malade est laissé ainsi dans sa nouvelle position.

3° *Section du pédicule.* — Elle doit se faire quand on juge que les vaisseaux de néoformation ont établi une union suffisante entre le lambeau et la partie du membre où il est appliqué. En général on compte de 10 à 15 jours. Alors on sectionne le pédicule mais on ne le fixe pas encore et le membre reprend sa position naturelle.

4° *Fixation définitive* par suture de la partie libre du lambeau. Au bout de quelques jours on enlève les fils ; le lambeau doit être suffisamment nourri par les vaisseaux de néoformation.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Charles Ch..., 43 ans, débardeur, entre le 29 janvier 1898 à la Pitié, salle Nichon, lit 35 avec un ulcère de la jambe gauche de six centimètres sur 7.

Pendant quelques jours on exerce le malade à la position de la jambe fléchie sur la cuisse du même côté.

Le 15 février, M. le Professeur Berger fait l'opération : le lambeau est circonscrit au bistouri, la peau disséquée, la plaie qui en résulte suturée à ses deux extrémités. Le lambeau, tenant à la cuisse par un pédicule de deux centimètres est suturé aux bords de l'ulcère, et on applique un large pansement iodoformé.

Le 26 février, section du pédicule ; la jambe étendue est placée en légère élévation.

Le 28 février, suture du pédicule sectionné le 26.

Le 1^{er} mars, on enlève les fils.

Le 17 mars, le malade sort complètement guéri.

5^o LIGATURES VEINEUSES

Ce traitement est surtout indiqué lorsqu'il existe des dilatations sur le trajet des branches principales de la saphène.

Mode opératoire. — Nous indiquons celui que nous avons vu appliquer par M. le professeur Berger :

Incision de la peau sur le paquet variqueux qui la soulève, en commençant par les dilatations situées le plus près possible de la racine du membre.

Mise à nu de la veine.

Deux ligatures sur le vaisseau, entre lesquelles on résèque la partie dilatée.

Suture et réunion par première intention.

Même opération pour les autres portions dilatées de la veine en descendant graduellement vers l'extrémité du membre, sans jamais atteindre le bord de l'ulcère qui sera traité ensuite par tel procédé que l'on choisira.

OBSERVATION VII (Personnelle)

François B..., chiffonnier, 69 ans, entre à la Pitié, salle Michon, lit 28, le 22 juillet 1899. Il a de-

puis longtemps des varices, siégeant surtout le long de la saphène interne gauche.

Quelques jours après son entrée, ce malade voit apparaître un ulcère sur sa jambe gauche.

On applique les pansements humides, on place le membre en élévation.

Le 20 juillet 1899, M. Banzet, chef de clinique, procède à la ligature de la saphène et à la résection des paquets variqueux, on remplace les pansements humides par des pansements secs et l'ulcère évolue rapidement.

Le malade sort guéri le 21 août 1899.

6° L'AMPUTATION

Elle est presque complètement abandonnée.

Parmi les traitements chirurgicaux nouvellement proposés, nous citerons le suivant dû au chirurgien italien Moreschi.

Il consiste à faire une section circulaire de la peau jusqu'à l'aponévrose, au-dessus et au-dessous de l'ulcère ou du peloton variqueux, et à lier toutes les veines qui se présentent. De cette façon on interrompt à coup sûr la circulation veineuse superficielle tout en garantissant la nutrition par l'intermédiaire des veines profondes.

« M. Turazza a employé le procédé de Moreschi en plusieurs cas. Comme exemple, voici le plus caractéristique :

« Il s'agissait d'une femme de 43 ans, robuste, portant depuis des années un ulcère variqueux à la

jambe gauche, que nul traitement n'avait jamais réussi à guérir et qui, à peine s'était-il recouvert d'une mince pellicule cutanée, se reproduisait et s'agrandissait. Une intervention fut consentie. M. Turazza, après avoir endormi la malade et appliqué la bande d'Esmarck, fit, à 3 centimètres au-dessous de l'ulcère, et à 4 centimètres au-dessus, deux incisions circulaires de la peau, allant à fond, jusqu'à l'aponévrose. La plaie inférieure présenta neuf veines, la supérieure dix veines à pincer et à lier. La bande élastique enlevée, faible hémorrhagie. Suture, pansement, compression légère, position élevée du membre. Quelques jours après l'opération, l'ulcère se couvrait déjà de belles granulations qui, en un mois, aboutirent à une guérison parfaite et durable. Il est à noter qu'il n'y eut, à aucun moment, ni œdème, ni troubles vasculaires, ni altération de la sensibilité; bien plus, les rugosités et la couleur foncée des téguments firent place à une peau normale (Semaine médicale, janvier 1898).

En résumé, parmi les traitements chirurgicaux, la circumvallation, l'autoplastie (et dans les cas de dilata-tions variqueuses les ligatures veineuses) nous paraissent être les procédés de choix.



Conclusions

I. Quand un individu éprouvera, sans cause apparente, de la fatigue et de la pesanteur des jambes, qu'il aura des troubles trophiques de la peau, le médecin devra le considérer comme un candidat aux ulcères et lui faire subir un traitement local et général, préventif.

II. Le traitement local préventif consistera à éviter, dans la mesure du possible, la station debout immobile, et à prescrire les douches, une gymnastique appropriée (bicyclette) et surtout le massage.

III. Le traitement général préventif devra s'inspirer de l'état général du sujet et des symptômes diathésiques qu'il pourra présenter.

IV. On doit toujours soigner les ulcères variqueux.

V. Les traitements locaux institués pour la cure des ulcères variqueux sont très nombreux, et, chacun ayant d'ailleurs fourni son contingent de succès, il est difficile de se prononcer pour l'un ou pour l'autre.

VI. Parmi les traitements physiques et mécaniques, nous préférons : la compression, les irrigations chaudes et les applications de lames de zinc.

VII. Presque tous les traitements médicamenteux réussissent, s'ils sont accompagnés d'un repos absolu et d'une position convenable de la jambe.

VIII. Parmi les traitements chirurgicaux, nous

préférons : l'autoplastie, la circumvallation, et, dans les cas de dilatations variqueuses, les ligatures et résections veineuses.

IX. Quel que soit le traitement employé : mécanique, médicamenteux, chirurgical, il est indispensable, pour obtenir sinon la guérison, du moins une amélioration sérieuse, de maintenir le malade couché jusqu'à la cicatrisation de son ulcère.

Vu : Le Président de la Thèse,
Paul BERGER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

UNDERWOOLD. — *Surgical tract containing a treatise on ulcer of the legs*. Londres 1787.

BAYNTON. — *Descriptive account of a new method of treating old ulcer in the legs*. Londres 1797.

RICARD. — *Dissertations sur les ulcères*. Thèse de Paris, 1826.

LISFRANC. — *Clinique chirurgicale de la Pitié*, 1841.

NÉLATON. — *Eléments de pathologie chirurgicale*. Paris, 1844.

SAPPEY. — *De l'ulcération et des ulcères*. Thèse d'agrégation, Paris 1847.

FOLLIN. — *Traité de pathologie externe*. Paris 1861.

AUZILHON. — *Introduction à l'étude de l'ulcère simple*. Thèse de Montpellier, 1868.

BOUTIER. — *De l'ulcère variqueux*. Thèse Paris, 1872.

PICARD. — *Etude clinique de l'ulcère variqueux*. Thèse Paris, 1873.

TERRIER. — *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale*. 1876,

QUENU. — *Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux*. Revue de chirurgie, 1882.

ERDINGER. — *Traitement des ulcères variqueux par le massage*. Thèse de Bordeaux, 1890.

TRAPIER. — *Contribution à l'étude de la cure de l'ulcère variqueux*. Thèse de Paris, 1890.

AUBOUIN. — Le traitement de l'ulcère variqueux par le pansement de Unna de Hambourg (Thèse de Paris, 1897).

ASCORNET. — *Traitement des ulcères variqueux par les plaques de zinc*. (Thèse de Paris, 1897).

LAURENT. — Traitement des ulcères par la chaleur lumineuse.

DEHAINE. — Traitement des ulcères de jambes par l'aloès (Thèse de Paris, 1897).

VAISSIER. — Traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque (Thèse de Paris, 1897).

BEURNIER. — *Les Varices* (Bibl. Charcot-Debove).

RECLUS. — Art. *Ulcères*. Traité de chirurgie, 1899.

ROCHARD. — Art. *Ulcères*. Dict. Dechambre.

GILSON. — Art. *Ulcères*. Dict. Jaccoud.



Table des Matières

Introduction	5
Chapitre I ^{er} . — Considérations générales.....	7
Chapitre II. — On doit toujours traiter les ulcères variqueux	16
Chapitre III. — Anciens traitements. Classification des traitements modernes.....	18
1 ^o Physiques et mécaniques	20
2 ^o Médicamenteux.....	20
3 ^o Chirurgicaux.....	20
Chapitre IV. — Traitements physiques et mécaniques.	21
Compression.....	21
Métallothérapie (plaque de zinc).....	22
Irrigations chaudes.....	24
Massages.....	26
Ventilation.....	27
Chapitre V. — Traitements médicamenteux.....	29
Chapitre VI. — Traitements chirurgicaux.....	35
Scarifications.....	35
Circumvallation.....	35
Greffes.....	37
Autoplastie.....	38
Ligatures et résections veineuses.....	40
Amputation.....	41
Conclusions.....	43
Index bibliographique.....	45

